

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXIe SESSION
BLOIS (25-30 JUILLET 1927)

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

L'AUTOMATISME MENTAL

DANS LES DÉLIRES SYSTÉMATISÉS CHRONIQUES D'INFLUENCE ET HALLUCINATOIRES

LE SYNDROME DE DÉPOSSESSION

PAR

J. LÉVY-VALENSI

Médecin des Hôpitaux de Paris

« Plus j'observe les aliénés, plus j'acquiers la conviction que c'est dans l'exercice involontaire des facultés qu'il faut chercher le point de départ de tous les délires. »

(BAILLARGER).

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

1927

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXIe SESSION
BLOIS (25-30 JUILLET 1927)

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

L'AUTOMATISME MENTAL

DANS LES DÉLIRES SYSTÉMATISÉS CHRONIQUES D'INFLUENCE ET HALLUCINATOIRES

LE SYNDROME DE DÉPOSSESSION

PAR

J. LÉVY-VALENSI
Médecin des Hôpitaux de Paris

« Plus j'observe les aliénés, plus j'acquiers la conviction que c'est dans l'exercice involontaire des facultés qu'il faut chercher le point de départ de tous les délires. »
(BAILLARGER).

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

1927

A 1.

L'AUTOMATISME MENTAL

DANS LES DÉLIRES SYSTÉMATISÉS CHRONIQUES D'INFLUENCE ET HALLUCINATOIRES

LE SYNDROME DE DÉPOSSESSION

« Plus j'observe les aliénés, plus j'acquiers la conviction que c'est dans l'exercice involontaire des facultés qu'il faut chercher le point de départ de tous les délires. »

(BAILLARGER).

INTRODUCTION

Le Comité permanent du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française, réuni à Genève en août dernier, ayant confié son rapport annuel à deux rapporteurs a voulu leur laisser toute liberté.

Mon distingué co-rapporteur a désiré traiter l'ensemble de la question, j'ai donc délibérément limité mon effort à un essai de mise au point d'une série de faits auxquels je n'ai cessé de m'intéresser depuis l'époque lointaine déjà (1907-1908) où, interne du Pr Gilbert Ballet, j'entendais mon Maître insister sur l'importance de l'Automatisme mental en psychiâtrie, depuis la publication de mon premier travail avec Boudon (18 juin 1908) sur les délires spirites.

J'étudierai donc exclusivement l'Automatisme mental dans ses rapports avec les délires chroniques systématisés dits hallucinatoires, sous-entendant par ces derniers mots que j'envisagerai cet automatisme dans ses relations avec la Psychose hallucinatoire chronique et la Psychose d'influence.

Limitant ainsi mon sujet, je croyas avoir suffisamment réduit ma tâche, mon camarade Ceillier vient de la simplifier et peut-être même de la réduire encore en publiant à la Société de Psychiâtrie (Mars 1927) un important travail qui est un troisième rapport sur l'Automatisme mental, en marge du

Congrès. En lisant ce rapport j'ai eu le plaisir d'y rencontrer quelques-unes des idées défendues, après d'autres, par moi, en particulier dans mes leçons sur l'Automatisme mental (1925-1926-1927) (1).

⁂

Si l'automatisme mental a été mis à l'ordre du jour du Congrès de 1927, c'est peut-être moins à cause de son intérêt immédiat que des théories dont il a été le prétexte. Ces théories s'affrontent et *en apparence* sont irréductibles, je crois en effet que cette irréductibilité est seulement apparente. Serai-je contraint de prendre parti ? S'il le fallait, je le ferais sans hésiter, et, bien qu'attaché aux protagonistes des idées opposées par des liens de respect, d'affection, de camaraderie, cela ne serait point pour me gêner.

En effet, sur le terrain scientifique les idées se heurtent pour le plus heureux progrès, les personnalités demeurent en dehors du débat, il y a des idées adverses, mais je ne connais pas d'adversaires. D'ailleurs, j'ai accoutumé de penser et de dire que lorsque des travailleurs également documentés et consciencieux s'affrontent, leur différend est plus dans les termes que dans les faits ; un terrain de conciliation peut toujours se trouver. J'essayerai en l'espèce de le découvrir.

⁂

Quelques auteurs ayant à traiter une question quelconque d'ordre scientifique, de peur de passer pour manquer d'originalité déclarent qu'ils n'ont rien lu, rien entendu.

Pour moi, qui n'aspire à aucune découverte, je dois déclarer que j'ai lu tout ce que j'ai pu lire sur la question, que j'ai entendu avec profit mes Maîtres les Prs Gilbert Ballet et Henri Claude, que j'ai suivi avec un vif intérêt les conférences à l'Infirmerie spéciale de M. de Clérambault.

C'est clairement avouer que ce rapport n'a pas la prétention d'apporter des faits nouveaux.

---

(1) Observations sur les délires spirites, avec Boudon, 1908, avec Lerat 1908, avec Genil-Perrin, 1912. Spiritisme et folie, *l'Encéphale*, 1910. *Leçon inédite sur les délires spirites*, 1927. *Les Psychonévroses*, avec le Pr Claude (maladies du système nerveux), 1922, écrit en 1913. *Les Délires*, 1926. *Leçons faites à l'Hôtel-Dieu*. 1925 (leçon II et VIII). *Précis de psychiatrie*, 1926.

Observations sur l'A. M. avec Baruk et Callégari, 1925. *Leçons à l'Asile St-Anne*, 1er mars 1925. L'automatisme mental, *Paris-Médical*, 12 sept. 1925. Leçons inédites, juin 1925. *Obsession et automatisme mental*, novembre 1926. *Le syndrome de dépossession*, janvier 1927. *Syphilis et automatisme mental.*

PREMIÈRE PARTIE

DÉFINITION

Pour définir l'Automatisme mental, je n'invoquerai ni l'étymologie grecque, ni l'autorité de telle encyclopédie. Je veux simplement reproduire la définition probablement insuffisante mais compréhensible de ma leçon du 1er mars 1925 : « L'automatisme mental est l'indépendance plus ou moins complète des éléments d'ordre psychique échappant au contrôle de la volonté ».

Dans cette définition est compris tout *l'automatisme mental normal* bien étudié en particulier par Pierre Janet, par Grasset : le rêve, la rêverie, la distraction, l'inspiration, les actes habituels, professionnels ; cet automatisme normal que je n'envisagerai pas à son intérêt primordial au point de vue dogmatique, car son existence, son identité avec certains phénomènes de l'ordre pathologique, le passage par degrés successifs de l'état le plus normal à l'état le plus morbide, incitent à penser que, contrairement à l'acception complète de certaines opinions, il n'existe pas un abîme entre l'automatisme mental normal et le pathologique.

EXTENSION DE L'AUTOMATISME MENTAL PATHOLOGIQUE

En 1913, dans l'article « Psycho-névroses » écrit en collaboration avec le Pr Claude, pour son livre « Maladies du système nerveux » paru en 1922 ; puis dans ma leçon du 1er mars 1925, j'ai proposé une classification que je vais simplement reproduire ici légèrement modifiée, afin de montrer l'importance d'un sujet dont je n'ai en vue qu'un petit côté.

Cette classification a pour base *l'état de conscience* du sujet, état de conscience compris d'ailleurs sous trois aspects :

a) Conscience : lucidité.
b) Conscience de l'automatisme (sentiment de l'automatisme).
c) Conscience du caractère morbide.

I. Automatisme mental avec perte de la conscience (lucidité).

a) Actes des épileptiques.

b) Etats confusionnels : Délire onirique.

II. Automatisme mental avec conservation de la conscience (lucidité).

A. *La conscience de l'A. M. fait défaut (pas de sentiment de l'automatisme).*

a) Les hallucinations psycho-sensorielles.

b) Pseudo-hallucinations de Hagen, rêveries. Délires d'imagination.

c) Certains états maniaques.

B. *La conscience de l'A. M. est incomplète (Subconscience). Le pithiatisme.*

C. *Conscience de l'A. M. (Sentiment d'automatisme).*

a) Avec conscience de l'état morbide.

α) Réactions émotives.

β) Obsessions.

γ) Quelques hypomaniaques.

b) Sans conscience de l'état morbide.

Syndrome de dépossession.

Cette division est uniquement schématique et incomplète ; les types peuvent empiéter les uns sur les autres. Le *syndrome de dépossession* fera l'objet de ce rapport, et du seul point de vue des délires systématisés dits hallucinatoires.

LE SYNDROME DE DÉPOSSESSION

Dans ma pensée le terme dépossession s'attache à la notion qu'a le sujet qu'il ne s'appartient plus. Des idées envahissent sa pensée qu'il ne reconnaît pas comme siennes, des sentiments le surprennent, des voix parlent en-dedans de lui, *occupant sa pensée,* des images lui sont imposées, il n'agit pas, on le fait agir ou on l'empêche d'agir, etc., etc. Tout cela c'est de l'automatisme ; mais le mot automatisme a d'une part un sens pathogénique, d'autre part il englobe, vous l'avez vu, un grand nombre de syndromes. La dépossession, elle, est la traduction clinique d'une variété bien définie de cet automatisme.

Un halluciné, un épileptique n'ont pas le sentiment qu'ils ne sont plus libres d'eux-mêmes ; un obsédé qui se rend compte de son automatisme n'a pas le sentiment de la *dépossession.* Sa réaction immédiate est : je suis malade. Celui qui a le sentiment de la dépossession, *même avant d'interpréter,* a la notion de quelque chose d'anormal, de trouble, d'étrange, très spécial et que nous retrouverons bientôt.

Le terme « dépossession » n'a pas paru désirable à M. de Clérambault, à l'approbation de qui je l'avais soumis. D'après lui, ce terme n'indiquerait pas le phénomène à l'*état naissant,* il sous-entendrait déjà une interprétation et il préfère le terme *dissidence.* J'avoue que malgré ces objections j'ai conservé une expression que je crois bonne et qui me paraît convenir aux premières manifestations de l'automatisme avant tout raisonnement interprétatif. Je ne dirai même plus, comme je l'ai fait en 1925, sur les conseils de Clérambault, *dépossession mentale,* car ce terme implique déjà une pathogénie, le terme *dépossession* convenant cliniquement à tous les automatismes, *mental proprement dit, moteur, sensitif;* à une autre amicale objection de Clérambault, je répondrai que je n'imagine pas plus que ce terme puisse faire confusion avec le *Délire raisonnant de dépossession* de Régis que le terme *Syndrome de Passivité* de Clérambault faisant confusion avec la Passivité cérébelleuse d'André Thomas.

TABLEAU SCHÉMATIQUE
du
SYNDROME DE DÉPOSSESSION

Je considère comme primordial, à la base du syndrome, le *sentiment de la dépossession,* ce sentiment se trouve rapidement affermi, élargi par des symptômes, les uns directs, les autres indirects, sources de raisonnements *intuitifs, immédiats.*

Le premier raisonnement est une constatation de faits *intérieurs,* le sujet subit un encombrement ou une inhibition de son psychisme, pensée, sentiments, actes et il se trouve en fait *dépossédé.*

Le deuxième raisonnement, bien qu'immédiat aussi, est un peu plus complexe et les symptômes ici montrent au malade que sa pensée se désagrège, s'effrite, parce qu'elle est connue de

tous, que ses actes ne sont pas de lui parce qu'il ne les reconnaît pas.

Soit le tableau suivant dans lequel je n'hésiterai pas à faire entrer de la « poussière de symptômes », le fait le plus insignifiant d'apparence pouvant en l'espèce acquérir une considérable valeur.

A. — Le sentiment de la dépossession.

B. — Les symptômes directs.

a) Dépossession du langage intérieur (Hallucinations psychiques de Baillarger) :

Variétés :

Auditive.
Kinesthésique verbale } Séglas.
— graphique } Séglas.
Littérale.

b) Dépossession du langage expressif :

Variétés :

Motrice verbale
— graphique
Impulsion verbale
— graphique
} Séglas.

Contenu :

anidéique : syllabes, — kyrielles de mots, — jeux syllabiques, — non-sens, — contre-sens, — scies (Clérambault).
athématiques : conversations téléphoniques, — phrases dépourvues de sens, — fables, etc.
thématiques : divers.

Inhibition verbale.
— graphique.

c) Dépossession de la pensée :

1° hyperidéation.
2° hypermnésie, *dévidage muet des souvenirs.*
3° embrouillage de la pensée.
4° aprosexie.
5° amnésie.
6° pensées *étrangères :*
— abstraites,

pensées contraires,
— lumineuses,
— obscènes,
— ridicules, etc.
— devinatoires: passé, présent, avenir.
7° rêves imposés, prophétiques, etc.

d) Dépossession de l'affectivité :

Indifférence ou affection insolites.
— ou émotivité anormale.
Tristesse ou joie.
Enthousiasme, dégoût, colère, crainte.

e) Dépossession de la volonté :

Doutes.
Hésitations.
Désirs d'actes.
Aboulie.
Distractions.

f) Dépossession des actes :

a) actes imposés.
b) inhibitions.
c) actes manqués.

g) Troubles pseudo-sensoriels :

Bruits imaginaires, — airs, — hymnes, etc.
Vision imaginaire.
Olfaction imaginaire.
Goût spirituel.
Sentiment de présence.

h) Troubles cénesthésiques, tactiles, génitaux, etc. :

Possession externe.
— interne.

C. — Les symptômes indirects.

1° *Fuite ou vol de la pensée:*

Echo sonore ou psychique de la pensée, de la lecture, de l'écriture.
Enonciation et commentaires des pensées.
Enonciation et commentaires des actes.

2° *Interprétation des actes.*

⁂

Avant d'aller plus loin et de développer quelques-uns des éléments de ce tableau très schématique, je veux rappeler encore que si j'ai fourni au syndrome un nom sans doute discutable, mon originalité n'a pas été plus loin. Je n'ai apporté à l'édifice ni les pierres ni le ciment.

Les véritables créateurs du syndrome de dépossession ? mais ce sont les *Mystiques* et les *Possédés*. J'ai peu lu sainte Thérèse, je ne connais saint Augustin que par les Jansénistes et j'avoue mon ignorance complète de saint Bonaventure, mais tous les auteurs sont d'accord sur ce point et leurs citations sont d'importance.

Quant aux Possédés, ce que nous savons d'eux par l'histoire et par leur historiographe aliéniste Calmeil, joint aux constatations actuelles possibles encore, tout nous montre que les *possédés* sont les plus typiques des *dépossédés*.

Dans cet aperçu historique d'un point très spécial, je m'en voudrais néanmoins de ne pas citer parmi les médecins psychologues Pierre Janet dont l'œuvre demeure impérissable, Grasset qui l'a vulgarisée, Myers, etc. Mais les aliénistes, on s'en doutait, connaissaient de longue date les manifestations de l'automatisme mental chez les délirants. Nous avons cité Calmeil ; Esquirol, Bottex, Leuret, Lelut, Brierre de Boismont en citent des exemples. Baillarger en donne une admirable description et formule une *théorie de l'automatisme*. Michéa en quelques pages indique les symptômes essentiels.

Au demeurant, les modernes, nos contemporains, dont je ne sous-estime pas l'œuvre, ont trouvé chez ces maîtres la plupart des éléments de l'automatisme mental.

Plus près de nous, Séglas, à qui j'ai toujours entendu rendre un hommage mérité par tous ceux qui parlent d'automatisme mental, Séglas isole dans l'hallucination psychique de Baillarger les hallucinations kinesthésiques, psycho-motrices, etc., met au jour un grand nombre de symptômes, insiste sur le sentiment d'automatisme et crée le terme de psychose d'influence. Depuis l'époque où je fus l'interne de Gilbert Ballet (1907-1908), j'ai entendu constamment mon maître insister sur l'importance de l'automatisme mental dans la genèse des délires. Il inspira dans cette direction les observations de Dheur (1903), Monier-Vinard (1903), Boudon et moi-même (1909) et me conseilla un travail d'ensemble sur les folies spirites (1910). En 1912, il faisait sur ce même sujet une leçon à l'asile Sainte-Anne où il accordait une importance majeure

à la *précocité* des phénomènes d'automatisme, en particulier à l'*écho de la pensée,* idée qu'il reprenait dans sa leçon du 10 juin 1913 sur laquelle je reviendrai.

Gilbert Ballet aurait certainement continué dans cette voie, mais le lendemain c'était la guerre, puis la mort en 1916.

La thèse de G. Petit (1913) sur « Les Pseudo-Hallucinations aperceptives » est, à ma connaissance, le premier travail d'ensemble sur la question. Cette œuvre substantielle, claire, rappelle la plupart des éléments de l'automatisme mental, utiles à connaître, elle abonde en aperçus originaux. Je suis heureux de dire ici avec quel profit je l'ai lue et méditée.

Le premier travail *publié* de M. de Clérambault porte la date du 4 avril 1920. Le distingué médecin en chef de l'Infirmerie spéciale déclare que depuis de longues années, dans son enseignement oral et dans ses certificats, il défend les théories dont nous aurons à parler. Il est incontestable que Clérambault, qui n'a jamais prétendu avoir créé l'automatisme mental, y a apporté une capitale contribution, non seulement en dépistant des symptômes de grande valeur clinique et pathogénique, mais en réunissant par un véritable ciment les signes épars, en un syndrome sur lequel je reviendrai.

Du point de vue pathogénique, Clérambault soutient une théorie qui, comme nous le dirons, n'a pas encore fait ses preuves, mais qui, inspirée de la pathologie générale, mérite d'être prise en considération. L'ardeur, la foi, la constance de son effort sont en tout cas dignes d'estime et de sympathie.

En 1923, M. Revault d'Allonnes reprend tous les éléments de l'automatisme mental, crée le terme de Polyphrénie, qui ne paraît pas avoir obtenu droit de cité, et développe l'automatisme mental dans un langage psychologique.

En 1924, le Pr Henri Claude décrit le syndrome d'action extérieure.

A. — LE SENTIMENT DE DÉPOSSESSION

Ainsi que je l'ai déjà fait pressentir, le *sentiment de dépossession* est un cas particulier du *sentiment d'automatisme ;* c'est un automatisme conscient de lui-même, mais ignorant de son caractère pathologique. Le *sentiment d'automatisme,* au sens de Pierre Janet, est le sentiment de *dépersonnalisation* de Dugas et Moutier, il peut devenir par transformation *sentiment de dépossession,* comme l'*obsession* peut devenir *idée*

d'influence, mais les deux sentiments peuvent néanmoins s'opposer. Si le *sentiment de dépossession* diffère du sentiment d'automatisme de Pierre Janet, il est identique au *sentiment d'automatisme* de Séglas : « On s'aperçoit aisément que l'élément primordial nécessaire c'est l'incoordination psychique et le *sentiment d'automatisme.* Et cela suffit, tout le reste est surajouté. »

Mon regretté collègue de la Salpêtrière, Lucien Cotard, à propos de deux malades, confirme en 1909 cette opinion. G. Petit défend la même conception en acceptant le terme *sentiment de dépersonnalisation.*

C'est à peu près la même idée qu'exprime cette phrase de Clérambault : « Nous voyons ainsi non seulement la parole intérieure mais toutes les fonctions du psychisme troublées dans leurs opérations et dans leur annexion au moi. »

En 1913, avec le Pr Claude dans son *Manuel de neurologie* paru en 1922, j'avais insisté sur le *sentiment d'automatisme,* base de ma classification. Je suis revenu sur ce point le 1er mars 1925. « Ici le malade a le sentiment qu'il n'est plus le maître de sa pensée, de ses sentiments, de ses volitions, de ses actes, de son langage, *sentiment d'automatisme* qui précède de peu l'interprétation délirante explicative. »

Le *sentiment de dépossession,* terme plus propre, me semble-t-il, que celui de sentiment d'automatisme employé il y a deux ans, est d'expression difficile. Il résulte essentiellement de la désagrégation psychique. Cette désagrégation pourra, chez les malades envisagés, produire des phénomènes qui iront de la plus fugitive pensée étrangère à l'hallucination psycho-sensorielle la plus objective, mais il y a une phase pendant laquelle le sujet éprouvera un *malaise,* une *inquiétude sourde,* un *sentiment d'étrangeté, de perplexité* (Heuyer et Lamache) sur lesquels se grefferont plus ou moins tard des symptômes précis de désagrégation : hallucinations psycho-sensorielles, éléments directs ou indirects du *syndrome de dépossession.* Laissons les hallucinations *psycho-sensorielles* qui ne comportent pas, *par elles-mêmes,* le sentiment de la dépossession.

Le sentiment vague de la dépossession demeure assez peu de temps isolé; le plus souvent, rapidement apparaissent les éléments directs ou indirects.

Dans une de mes leçons de Ste-Anne (novembre 1926), je comparais la désagrégation psychique qu'est l'automatisme mental à l'ébullition de l'eau et je disais : « Si l'eau avait le

sentiment de la désagrégation moléculaire qui constitue l'ébullition, elle aurait le sentiment de la dépossession. Ce sentiment elle l'aurait même avant que les bulles viennent crever à sa surface, elle l'aurait encore et plus en même temps que les bulles deviendraient plus nombreuses. »

De même pour les cas qui nous occupent. Pendant un temps l'automatisme est à l'état naissant, l'ébullition se prépare, le cerveau lui aussi est en ébullition et c'est un malaise, un *trouble cénesthésique* indéfinissable, puis la bulle crève à la surface, une manifestation automatique jaillit du subconscient dans la conscience, mais le malaise continue. Il continuera sourd, mystérieux, étrange jusqu'au moment où le sujet aura interprété, bâti son délire ; nous ne le suivrons pas d'ailleurs jusque-là car « cela suffit, tout le reste est surajouté » (Séglas).

Le *sentiment de la dépossession,* s'il est le terrain sur lequel germent avec aisance les *éléments* et *symptômes directs* de l'automatisme mental, va par une sorte de choc en retour être *indirectement* la cause d'un certain nombre de symptômes que j'ai appelés *éléments* ou *symptômes indirects.*

Il s'agira d'une part d'interprétations traduisant l'état de désagrégation, d'autre part de *thèmes* fournis aux phénomènes hallucinatoires (hallucinations psychiques et psycho-sensorielles), thèmes qui tous auront pour objet, comme nous le verrons, la perte de l'individualité psychique et, indirectement, de l'individualité sociale.

En somme, le sentiment de dépossession est à la base de toutes les manifestations que nous avons à envisager, quelles que soient ces manifestations, directes ou indirectes, psychiques, verbales, sensorielles, sensitives ou cénesthésiques, ce sentiment imprime sa caractéristique, la *désappropriation,* la *désannexion du moi.*

Cette *désannexion,* cette *désappropriation du moi,* nous en trouvons l'expression pittoresque dans ces phrases relevées chez les malades : « Il me semble que mon cerveau est double ». « Je me sens dédoublé ». « Mon cerveau va plus vite que moi ». « Tout ce que je vous dis là c'est mon cerveau qui m'oblige de le dire », etc., etc. Et cette phrase écrite sous la dictée d'un de mes malades : « Ma volonté ne m'appartient plus. S'il y a une conscience et une subconscience chez l'homme, ma subconscience était dominée par une force étrangère, mon être conscient percevait les sensations que me provoquait cette intervention étrangère. »

B. — SYMPTOMES DIRECTS

Ici la *dépossession* s'affirme du fait même du phénomène qui s'impose à l'individu, se substitue à lui, désagrège son *individualité* sinon sa *personnalité* (R. d'Allonnes).

a) Dépossession du langage intérieur

L'ensemble de ces signes comprend des éléments de l'*hallucination psychique* de Baillarger, de la *pseudo-hallucination* de Kandinsky, des *hallucinations verbales motrices* de Séglas. Il suffit pour les faire comprendre d'accepter, dans ce but, la conception de Charcot des quatre centres verbaux : *auditif, moteur, graphique, visuel,* puis d'admettre que chacun de ces centres va fonctionner isolément automatiquement formant un *langage intérieur auditif, moteur, graphique* ou *visuel.* A l'état normal d'ailleurs, chacun de nous pense avec des mots, des articulations verbales, ou plus rarement avec des lettres ou des mouvements graphiques, le plus habituellement le *langage intérieur* est *mixte, auditif* et *moteur.*

La malade aura donc une *représentation psychique automatique, involontaire* de mots :

ouïs : *Pseudo-hallucinations auditives,* type Kandinsky.
prononcés : *H. kinesthésiques verbales* } Séglas.
écrits : *Kinesthésique graphique* }
lus : *H. littérale,* type Kandinsky.

Le plus souvent, à l'état pathologique, comme à l'état normal, ai-je dit, le langage intérieur est *auditivo-moteur* et l'*hallucination psychique* sera *entendue* en même temps qu'*articulée.*

Dans tous les cas, la voix est *sans sonorité ;* voix sans son, voix mnémotechnique, voix télépathique, voix de pensée, voix d'âme à âme ; une malade mystique, pour bien me faire comprendre que cette voix n'est pas sonore, me dit : « Si Dieu parlait avec une voix sonore tout le monde l'entendrait. » Un autre : « J'entends parler comme je pense » ; un troisième : « Si la voix était sonore elle m'empêcherait d'entendre le vent ou le ronflement de ma femme, or ce n'est pas le cas ».

B., malade présenté à la Société de Psychiatrie par Heuyer et Lamache, sent que la voix sort par son nez et rentre par son oreille perforée. Ce n'est cependant pas une voix réelle mais

quelque chose de plaintif, semblant venir d'un appareil et « auditée » par une autre personne avant de lui parvenir. Le malade L. : « On me travaille le cerveau, ma tête travaille malgré moi, je prononce intérieurement des mots qui me sont étrangers. »

La voix parle en général à la 2e personne, s'adaptant directement au sujet, quelquefois c'est le mode impersonnel *on*.

Clérambault insiste sur la façon dont quelques malades parlent d'eux-mêmes à l'impersonnel, modalité d'expression qui traduit nettement le dédoublement de l'individualité.

C'est une voix *intérieure*, céphalique, cardiaque, abdominale, épigastrique.

Le malade ne prête pas l'oreille, mais se concentre en lui-même pour percevoir.

Contenu (1)

1° Eléments anidéiques

Séglas avait signalé ces voix « sans intérêt, indifférentes, frivoles, imprévues ou même énigmatiques ». Clérambault insiste constamment sur ces faits sur lesquels comme nous le verrons repose en partie sa théorie de l'automatisme mental. Voici les principaux éléments sur lesquels il attire journellement l'attention.

1° Syllabes, Jeux syllabiques.
Mots dépourvus de sens.
Non-sens, à peu près, scies, etc.

Je ne saurais nier l'existence de ces faits, mais étant donné l'importance que l'auteur leur attribue, il convenait de les rechercher avec soin. Je crois qu'ils sont rares. Depuis sept mois j'ai vu à l'asile Ste-Anne à peu près tous les cas d'automatisme mental ayant passé par l'Admission, la plupart venant d'ailleurs de l'Infirmerie spéciale ; deux seulement pouvaient entrer dans ce cadre : l'un des malades entendait z z o u-z z o u-z z o u, l'autre percevait un grésillement derrière son front, puis les syllabes groum, groum.

(1) Je n'envisage ici que les éléments qui en eux-mêmes ne comportent pas l'idée de dépossession ; les autres seront envisagés au paragraphe suivant ; cette division est essentiellement arbitraire et artificielle.

2° Eléments athématiques

Ici les mots, les phrases ont une réalité, mais sont sans intérêt, c'est l'éventualité envisagée surtout par Séglas.

Ce sont des phrases sans signification pour le malade et dont il ne comprend pas le sens, pour lui du moins; ces phrases ne l'intéressent pas; elles sont de totalité affective *neutre*. Selon la juste comparaison de Clérambault, le sujet paraît être au milieu d'un circuit téléphonique, obligé de subir des conversations qui ne le concernent point. Ce symptôme, un peu plus fréquent, n'est pas néanmoins d'observation constante.

Du même ordre et assez rares aussi sont les fables, ou lambeaux de fables, récits, etc. La malade D. entend des fables. Est-ce que ce ne sont pas, demande-t-elle, des fables qui me reviennent de mon enfance ?

3° Eléments thématiques

Ici nous entrons dans le délire. Je n'en dirai rien.

b) Dépossession du langage expressif

Ces phénomènes bien isolés par Séglas sont classiques, je n'y insisterai pas, ce sont :

au point de vue verbal :

1° l'hallucination motrice verbale avec sensation et ébauche de mouvements des muscles vocaux;

2° l'impulsion verbale : le sujet est dans l'obligation de parler, mais *sait qu'il parle*.

Dans le *délire prophétique* de Régis, le sujet, un pithiatique probablement, ignorerait les propos tenus par lui.

au point de vue graphique même division:

a) hallucinations motrices graphiques avec sensation et ébauche de mouvements des doigts;

b) impulsion graphique; c'est aussi l'écriture *semi*-mécanique de *quelques spirites*.

L'écriture mécanique est l'analogue du *délire* prophétique.

Enfin, dans quelques cas le sujet écrit sous dictée, sur injonction, en même temps d'ailleurs le plus souvent sa main est *poussée*.

Le contenu de ces hallucinations ou impulsions que j'appellerais plus volontiers *parole et écriture imposées* peut être celui du paragraphe précédent. Le plus souvent, ce sont propos mystiques ou érotiques, parfois expressions ordurières faisant *contraste* avec la mentalité et l'éducation du sujet.

2° Les inhibitions verbales et graphiques.

Fréquemment les malades prétendent qu'une force les empêche de parler et d'écrire. Ce n'est là qu'une partie des *inhibitions* fréquentes chez les aliénés du type envisagé.

c) Dépossession de la pensée

1° Intrusions dans la pensée

Ici, théoriquement du moins, c'est l'invasion de la pensée par des idées *non verbalisées*. Ce groupe, avec l'intrusion dans les sentiments, forme les *pseudo-hallucinations aperceptives* de Kalbhaum.

Hyperidéation

Le sujet, comme un hypomaniaque, a le sentiment d'une idéation plus riche, plus facile qui l'étonne. Cette hyperidéation s'accompagne d'ordinaire d'*hypermnésie* ou *dévidage muet des souvenirs* (Clérambault).

Pensées étrangères

Ces pensées, que le sujet ne s'annexe pas, rappellent ce que seraient dans un texte les phrases *citées* que l'imprimeur aurait négligé de placer entre guillemets.

Ce sont des :

idées abstraites,
idées lumineuses.

Un de nos malades vu avec Baruk et Callegari était stupéfait de ses propres idées:

Lui, qui n'avait fait que très peu d'études, qui n'avait aucune notion scientifique, il arrive maintenant à envisager les conceptions les plus abstraites de la physique, de la chimie, de l'astronomie. Il connaît ainsi parfaitement la théorie des constructions, celle de l'hélice, la théorie du fer ; il a trouvé la force des fers et des aciers des locomotives ; il a découvert que la construction était proportionnelle à la force des métaux ; il a trouvé des gabarits, des forces

naturelles, des progressions théoriques et métriques ; il a trouvé les essieux, les châssis, les cylindres, l'écartement des axes moteurs, les poids adhérents, le poids total. Il a vu que l'alourdissement diminue le diamètre et le nombre de tours, etc.

Mais ses connaissances ne se bornent pas à la mécanique, il connaît aussi les religions ; ainsi le bouddhisme est un tempérament d'homme mélangé à des sangs d'animaux. Les musulmans constituent le Juif sacré. Le fétichisme est formé d'esprits puissants qui marchent avec des divinités. Il connaît également la zoologie ; il a trouvé des métis d'animaux, a étudié les quadrupèdes, les insectes, les poissons, les cachalots, les baleines, ces dernières sont des métis de poissons et de quadrupèdes. Le chameau est un métis de cheval et de mouton... Toutes ces notions lui viennent subitement, et par une force en quelque sorte étrangère. A n'importe quel moment de la journée, surtout quand il est seul, l'*obsession* s'empare de lui, lui insuffle des connaissances merveilleuses et en désaccord avec son instruction antérieure. Il en est stupéfait et, suivant son expression, son esprit est si puissant à ce moment-là « qu'il s'en bouche un coin ».

Idées contraires, rappelant l'obsession.

Idées obscènes.

Idées saugrenues, etc.

« On dirige mes pensées surtout sur des choses basses, mauvaises. »

« J'ai dans la tête des pensées qui ne me paraissent pas normales et qui sont contraires à mes goûts. Je me rends très bien compte que l'on utilise mon cerveau. »

« J'ai des idées bizarres, absurdes, etc... »

Réminiscences

« Je *revis des choses passées.* »

Idées devinatoires

Assez fréquentes. Le malade, par le mécanisme de la *pensée étrangère,* prétend deviner le passé, le présent et prévoir l'avenir. Heuyer et Lamache ont insisté sur le *devinement de la pensée.*

Un de mes malades me disait : « Je devine la pensée des autres quand je veux ».

Un autre : « Je devine la pensée de tous les gens qui passent dans la rue, aussi je ne m'ennuie jamais ».

S. prend la main de ses camarades, devine leurs pensées et leur avenir.

On peut se demander sans entrer dans le domaine de la *Métapsychique* qui semble cependant appartenir à l'Automatisme mental, si parmi les voyantes, à côté des escrocs, il n'y a pas quelques malades victimes de leur automatisme. Du même ordre sans doute est le rêve imposé et le *rêve prophétique,* automatisme pathologique dans un automatisme normal.

Embrouillage de la pensée

Le sujet perd la netteté de ses idées.

Aprosexie

Le malade est empêché de fixer son attention.

Amnésie

Calmeil raconte qu'une des possédées de Loudun, Sœur Anne de la Nativité, « commençait d'avoir de la peine à se confesser et on lui ôtait la mémoire de ses fautes et même les paroles de la bouche. »

d) Dépossession de l'affectivité

Ici, le malade peut sentir sa fonction *inhibée* : indifférence; *accrue,* hyperémotivité, affections insolites, enthousiasme, joie; *pervertie,* dégoûts, tristesse, peur, colère, etc.

e) Dépossession de la volonté

Le sujet se sent devenir aboulique, douteur, hésitant, distrait, ou au contraire a des désirs d'actes auxquels il résiste malaisément.

Dans tous ces cas, je le répète, ce qui fait la caractéristique du syndrome, c'est que le sujet ne l'explique pas par la maladie, mais a un sentiment d'étrangeté, de perplexité qui le conduira plus tard à l'idée délirante *explicative.*

f) Dépossession des actes

Pratiquement, c'est la manifestation la plus objective.

1° Actes imposés

Le malade est réduit à l'état d'automate, il accomplit des actes qu'il sait inutiles, ridicules, voire nuisibles.

Quelques malades se sentent bousculés, d'autres enlevés (sorcières se rendant au sabbat) ; dans quelques cas, les sujets se sentent devenus extrêmement légers. « J'ai vu des vaporeux, écrit Cabanis, qui se trouvaient si légers qu'ils craignaient d'être emportés par le vent. »

S. est tellement habitué à être dirigé qu'il monte un jour sur une motocyclette et, sans souci de l'équilibre, met les mains dans ses poches, se fiant pour être dirigé à des « ondes magnétiques ».

Un malade, sous une influence étrangère, vient de Metz à Paris, va écouter en Sorbonne un cours de géométrie qui ne l'intéresse point, se rend à la Faculté de médecine où il salue le buste d'Hypocrate, enlève à un passant sa pochette, tire la barbe à un autre et met fin à ses exploits en démolissant un étalage de porcelaines. Le malade Z. est dans l'obligation de se masturber. V. me disait : « Il me semble que mes gestes sont dirigés par une mystérieuse influence ».

2° Inhibitions

Un de mes malades ne pouvait plus pédaler sur sa bicyclette; une femme ne pouvait plus faire aller sa machine à coudre : « On agit par la pensée sur mon cerveau, on arrête ma volonté, mes mouvements ».

Voici une description pittoresque où l'on voit un certain nombre d'éléments du syndrome de dépossession, mais en particulier les actes *imposés* et les *inhibitions*.

« Dans mon sommeil, on m'enlevait mon esprit, ayant pris mon esprit on utilisait mon enveloppe comme on voulait. La personne qui s'introduisait dans mon enveloppe à la faveur de la torpeur de mon esprit faisait des extravagances. La personne qui était au premier plan commandait aux muscles de mes mains et m'obligeait à me déshabiller, à faire certains actes qui m'ont compromise.

« D'autres fois, quand je voulais agir correctement, j'en étais empêchée. On agit sur un lobe de mon cerveau comme avec une aiguille, pour me faire penser à des choses que je ne pense pas. Je me sens diminuée de l'attention que je voudrais,

aussi, malgré tous mes efforts. J'assimile mal à cause des volontés étrangères qui agissent sur mon cerveau. »

« Enfin, c'est bien simple, dit un autre, c'est la moitié de ma tête qui ne m'appartient pas. »

3° Actes manqués

Ce sont des maladresses dans les actes courants ou dans la vie professionnelle.

g) Troubles pseudo-sensoriels

Ils appartiennent au groupe des *pseudo-hallucinations* de Kandinsky.

Bruits imaginaires

Un malade croyait entendre des cris *intérieurs* répondant à ses pensées.

Une possédée de Calmeil avait un coq qui chantait dans son intestin, une autre avait dans le ventre, aboyant, une chienne et ses petits.

Ce sont des chants, des airs, des concerts.

S. entendait des « concerts merveilleux ». La femme D. des « chants d'église ».

Vision imaginaire

C'est une représentation mentale vive à laquelle le sujet attribue une origine exogène. La vision imaginaire diffère de l'hallucination visuelle en ce qu'elle n'implique pas la croyance à la réalité objective ; le sujet dira *qu'on lui fait voir* et non qu'il voit ; si bien qu'il lui arrive de fermer les yeux pour mieux voir : « C'est dans mon cerveau que ça se passe ». C'est là le type de la vision du mystique. « C'est une image vivante », écrit sainte Thérèse.

Une des malades vue avec Baruk et Callegari voit le toit de sa maison s'entr'ouvrir et au bout d'un tunnel, elle aperçoit alors le ciel, pareil à un jardin bleu rempli de fleurs rouges.

Une autre fois, elle se voit elle-même dans le Paradis (*vision spéculaire*).

Très souvent, les malades vous disent : *on me fait voir, c'est comme du cinéma.*

N. a été *filmée,* c'est elle-même qu'on lui représente dans des positions obscènes. Car, le mysticisme et l'érotisme étant

souvent associés, les visions saintes alternent avec les obscénités.

Le malade V. a vu Dieu sous la forme d'un jeune homme blond ; il accomplit par la pensée un voyage à New-York et nous décrit la grande ville américaine.

G., par le même procédé de vision, nous promène dans les vies antérieures qu'il a vécues.

R. voit la femme qu'il aime passer au bras d'un rival.

La femme X. couchée avec son mari voit son amant devant elle.

Ces visions répondent le plus souvent aux préoccupations du sujet. « Elles sont, d'après Ceillier, symboliques et animées ».

Burdach les décrivait ainsi : « Ce sont tantôt de simples croquis, tantôt des figures ombrées ; ici, les images sont brillantes et colorées, là elles se détachent sur un fond terne et parfois, aussi, clair. » Et Baillarger : « Une démonomaniaque voulant faire comprendre ce qu'elle éprouve, me dit que le diable lui apparaît comme transparent ; il semble qu'il n'y a rien à toucher. »

Clérambault croit qu'il s'agit en général de visions anidéiques, ternes, sans relief, transparentes.

Le *sentiment de présence,* voisin de la vision imaginaire, mais *aperceptif* est rarement observé. Le malade V. à l'église a senti derrière lui la présence d'une personne.

Olfaction et goûts spirituels

Ces symptômes, rares, ont néanmoins été rencontrés. Le sujet exprime nettement la *représentation mentale* d'une odeur, d'un goût qui n'ont rien de sensoriel.

h) Troubles tactiles, cénesthésiques et génitaux

Ce groupe, capital en l'espèce, comprend ce que l'on appelle couramment *hallucinations tactiles, cénesthésiques, génitales,* etc.

Il s'agit là surtout *d'interprétations,* mais de phénomènes réels hypertrophiés par l'introspection, « une attention toujours à l'affût de telles sensations et toujours prête à les interpréter comme des signes d'une influence extérieure, ne peut manquer de trouver matière à s'exercer en ce sens » (Séglas et Barat). Le sujet pourra arriver au délire par l'inter-

prétation simple des faits (délire d'interprétation hypochondriaque par exemple) ; mais, s'il a le sentiment de la désagrégation, de la dépossession, il va interpréter dans une direction particulière pour arriver, extériorisant ou intériorisant ses sensations et les concrétisant, à la création de corps extérieurs et intérieurs par rapport à lui ; *idées de possession* externe ou interne, *incubes, succubes,* etc. « C'est parce que le sentiment de dépersonnalisation est primitif, dit très heureusement Ceillier, et *dépasse* de beaucoup les phénomènes automatiques, que certains phénomènes qui n'ont rien d'automatique ou qui le sont très peu, sont spontanément reconnus par le sujet, comme étrangers à sa personnalité (troubles cénesthésiques, etc.). »

C. — SYMPTOMES INDIRECTS

Dans ce groupe, je ne tiens pas compte du mécanisme qui déclanche le symptôme, ce mécanisme peut appartenir au groupe précédent et, de ce fait, entraîner l'idée de la dépossession ; mais il peut dépendre d'autres processus, en particulier de l'*interprétation,* de *l'hallucination psycho-sensorielle.* Ce qui importe ici, c'est le *contenu* qui entraîne la *conviction de la dépossession.* C'est parce que le sujet a le sentiment obscur de sa désagrégation psychique que ses interprétations vont se faire dans le sens de la dépossession, et, comme je l'ai dit, par une sorte de choc en retour, le phénomène orienté par le sentiment de la dépossession, apporte avec lui la preuve de cette dépossession.

Considérons : La fuite de la pensée, l'interprétation des actes.

La fuite de la pensée

C'est l'expression qui convient le mieux, me semble-t-il, pour grouper un ensemble de faits très voisins, les uns fréquents, les autres rares, qui traduisent pour le malade le sentiment qu'il est dépossédé de sa pensée la plus intime et indirectement du secret de tous ses actes. Ces différents symptômes ont reçu des noms divers : *écho de la pensée, vol de la pensée, prise de la pensée, commentaires de la pensée, pensée divulguée, écho de la lecture et de l'écriture, énonciation et commentaire des actes,* etc., etc.

Quelques-uns de mes malades ont traduit ce sentiment en phrases pittoresques :

« Mon cerveau est entouré d'un fluide grâce auquel mes perceptions dès qu'elles arrivent sur l'écran du cerveau sont connues, non seulement des gens qui m'entourent, mais en particulier de ma femme qui en est la cause. »

« Ma pensée est mise dans la rue. »

« C'est comme si mes projets étaient sur un écran. »

Une malade qui n'a pas d'écho de la lecture a le *sentiment* qu'on lit en même temps qu'elle.

Envisageons : Interprétations, Echo de la pensée, Enonciation et commentaires des pensées, Enonciation et commentaires des actes.

Interprétations

Ce mécanisme n'a pas été très étudié, je le crois fréquent.

Une malade avait découvert qu'une voisine étalait à sa fenêtre des linges rouges lorsqu'elle allait avoir ses règles, c'est donc qu'on devinait ses plus intimes pensées.

C'est sans doute le plus souvent à ce mécanisme interprétatif, chez des sujets qui seront plus tard des hallucinés, qu'est due la réponse si caractéristique que nous font quelques délirants : « Vous le savez mieux que moi. »

« Je sens qu'on devine ma pensée, dit la malade B., parce que les gens ont l'air de savoir. »

La malade L. voit autour d'elle des policiers qui paraissent savoir ce qu'elle pense et veulent la faire tomber dans un traquenard.

Echo de la pensée

Ce phénomène mérite de retenir l'attention à cause de sa fréquence *du moins dans les certificats,* de sa précocité et enfin de l'importance que lui attribue Clérambault qui en fait la clé de voûte de sa théorie pathogénique.

Un écho, dit Larousse, « est la répétition distincte d'un son » : c'est donc que le son répété, s'il peut être plus ou moins fort, plus ou moins perceptible, ne doit être ni déformé, ni transformé. Si je crie : Vive la France, dans le souterrain du Panthéon et que l'on répète : « la France est un glorieux pays », je rechercherai le facétieux ; or, dussè-je m'attirer la

réprobation générale des aliénistes, je dois déclarer que le *véritable écho de la pensée* est une rareté.

La plupart des certificats venant de l'Infirmerie spéciale avec le diagnostic d'automatisme mental, et ils sont nombreux, enregistrent parmi les symptômes le fameux écho ; or, quand on examine les malades sans idées préconçues on s'aperçoit que nos collègues, pour abréger sans doute, ont appelé souvent écho un des éléments que nous allons envisager, en particulier les *commentaires de la pensée.*

D'après Clérambault, l'*écho de la pensée* pourrait être remplacé par un signe de même ordre : la *pensée devancée* ou *écho anticipé de la pensée :* la pensée du sujet étant formulée verbalement avant même d'être conçue.

Esquirol, à propos d'un de ses malades, écrit : « S'il parle, la voix d'un ange dit d'avance tout ce qu'il va dire ; s'il lit, cette même voix se fait entendre avant qu'il prononce les mots; s'il écrit, les voix lui dictent. »

« Les malades aliénés expliquent ce fait en disant qu'il y a un écho autour d'eux. »

Remarquez que je ne nie point ces phénomènes : je dis que dans leur forme pure ils sont rares.

Le malade L. me dit : « Ce que je pense est répété dans ma tête. Il y a des gens qui pensent tout haut, moi c'est dans ma tête que cela se produit. On m'a travaillé pour extérioriser ma pensée. »

Ces symptômes sont d'ailleurs physiologiquement explicables, si l'on utilise les centres verbaux de Charcot qui, même s'ils n'existent pas anatomiquement, ont néanmoins une existence fonctionnelle.

Normalement donc, nous pensons avec des centres *moteurs* et *auditifs verbaux ;* le *langage intérieur* est *auditivo-moteur.* Une désagrégation peut parfaitement se faire entre les images auditives et motrices exprimant une même idée, d'*où écho,* et dans ce cas, selon que le sujet sera plus moteur ou plus auditif, l'une ou l'autre des images sera plus apparente et de ce fait estompant l'autre paraîtra la première en date. Quand ce sera l'image motrice, le sujet ayant le *sentiment de parler avant de penser,* il y aura *pensée devancée.* « Ma pensée est saisie avant que j'en aie pris connaissance. »

Le mécanisme du simple *écho de la pensée* peut être analogue, le processus morbide ébranlant en même temps pour une même idée des centres verbaux dissociés.

Cela se conçoit très bien, mais, je le répète, cela est rare. J'ai observé plus souvent l'*écho* de la *lecture* et de l'*écriture*. Ici, en effet, l'attention est *fixée*, et, le plus souvent, on lit ou écrit en *articulant mentalement ;* il est facile d'imaginer que le centre auditif verbal, par exemple, fonctionnant en même temps, fera écho. La fixation de l'attention peut, dans un certain sens, gêner un automatisme plus diffus, *libéré dans la pensée simple* et qui s'exprime dans les syndromes suivants.

Enonciation et commentaires des pensées

C'est là, me semble-t-il, le fait le plus important, aussi ainsi que les commentaires des actes le trouve-t-on dans les anciens auteurs. « J'ai connu un malade qui entendait dans son propre cerveau des voix dont les timbres et les tons étaient différents ; ces voix divulguaient, assurait-il, ses pensées tout haut au fur et à mesure qu'elles se formaient dans son esprit. » (Calmeil).

On peut englober sous ce terme les types les plus divers :

a) Divulgation de la pensée

Je demande à la malade V. de penser qu'elle va sortir de l'asile et je lui demande : A-t-on répété votre pensée ? — Oui. — Que vous a-t-on dit ? — Tu penses à sortir de l'asile, mais cela ne se réalisera pas.

b) Pensée erronée

Je fais écrire son nom à une malade. — Je m'appelle Mme Dupont. Pendant qu'elle écrit, elle dit : « Ce n'est pas vrai. » La voix lui avait dit : « Tu t'appelles Mme Durand. »

c) Commentaire vrai de la pensée

Sous une forme quelconque ironique, malveillante, souvent simplement taquine, souvent aussi bienveillante.

Enonciation, écho anticipé et commentaires des actes

Ces symptômes sont aussi fréquents, plus même que les commentaires de la pensée, parce que plus objectifs pour le malade ; les actes sont énoncés souvent même avant d'être exécutés (écho anticipé des actes ou des intentions).

La malade, c'est souvent une femme, n'a plus aucune intimité. Elle a la sensation d'être exposée nue dans la rue. Tous ses actes sont dévoilés, *énoncés,* souvent même avant qu'ils *soient accomplis.* Ce sont des *conseils,* des *critiques,* des *avertissements,* des *reproches,* des *louanges* souvent indiscrètes et grossières.

Les fonctions intimes sont plus particulièrement dévoilées et l'on peut dire que ces indiscrétions portent surtout sur les W.-C., le cabinet de toilette et l'alcôve.

Les malades en concluent qu'on les voit avec des appareils.

Ces phénomènes paraissent aisément explicables. Le malade en état de désagrégation psychique a un subconscient tout prêt à laisser jaillir ses éléments. Il est naturel qu'une idée, qu'un acte exprimant une idée, déclanchent les éléments les plus voisins d'où les commentaires. D'autre part, l'automatisme mental étant, au demeurant, très voisin de l'obsession, on n'est pas surpris de voir surgir du subconscient, conformément à la loi du contraste, les idées susceptibles de choquer au maximum la moralité, la pudeur, etc.

D'après Clérambault, « chez les sujets frustes, l'écho de la pensée est remplacé par l'écho anticipé des actes, les ordres, l'énonciation de gestes, qu'on pourrait appeler les formes pauvres de l'écho ».

Interprétation des actes

Dans ces cas le sujet n'a pas senti que l'acte lui était imposé, mais l'acte accompli il déclare qu'il lui est étranger parce que trop parfait, ou au contraire incorrect, immoral, etc.

Ce n'est d'ailleurs que l'objectivation des phénomènes précédents.

Influence sur autrui

Plusieurs malades croient exercer une influence sur l'ambiance. Le sentiment de leur désagrégation est extériorisé, identifié avec les personnages qui les entourent. D'où la croyance de ces malades à leur pouvoir *involontaire d'ailleurs* d'influence ou d'inhibition.

« Si je tourne la tête j'empêche les gens de faire certains actes. *C'est étrange.* J'influence ainsi les gens autour de moi ; l'autre jour la petite Mirette était immobilisée parce que je tendais la main pour saisir un morceau de pain. »

DEUXIÈME PARTIE

RELATIONS DES ÉLÉMENTS DU SYNDROME DE DÉPOSSESSION AVEC QUELQUES SYNDROMES MENTAUX

J'envisagerai ces relations avec :

la *Représentation mentale,*
l'*Obsession,*
l'*Hallucinose,*
l'*Hallucination.*

a) Représentation mentale

« Il existe un abîme, écrivait Flaubert, entre la représentation mentale des grands artistes et l'hallucination. »

Cette opinion du grand écrivain demeure toujours vraie mais il n'y a pas un abîme entre représentation mentale et obsession, obsession et hallucinose, hallucinose et hallucination ; or, nous allons voir que les éléments du syndrome de dépossession sont intermédiaires à l'hallucination et à l'hallucinose, n'ayant pas l'*extériorité* de la première, n'ayant que temporairement et inconstamment le caractère *neutre* de la deuxième.

Chacun de nous, à l'état normal, avec plus ou moins de netteté, selon sa mentalité et son éducation, peut psychiquement se représenter des tableaux, évoquer des phrases ou des chants, etc. ; ces évocations mentales sont plus intenses, plus rapides dans certains états psycho-névrosiques, ou sous l'influence de la simple fatigue psychique. Il s'agit alors du *mentisme,* assez voisin d'ailleurs de l'obsession.

Chez certains artistes la représentation mentale est si vive qu'elle permet la reproduction sur la toile d'une image, sur le papier, d'un poème ou d'une composition musicale.

Il y a loin de là à la vision imaginaire, à l'hallucination psychique. Ces phénomènes bien qu'automatiques, le sujet a le sentiment qu'ils sont bien à lui, il n'en éprouve, sauf exceptions célèbres, aucun malaise (mentisme de fatigue mis à part), mais au contraire un sentiment de bien-être, de pleine expansion qui n'a rien de morbide.

Le langage intérieur est en somme une représentation mentale, parfois plus ou moins intense et qui se résume dans le terme *endophasie*.

Le P[r] Claude voit dans cette endophasie accrue (hyperendophasie) l'élément capital de l'automatisme mental, l'hallucination psychique n'étant au demeurant qu'un langage intérieur d'intensité extrême, *interprété comme dû à une action extérieure.*

Obsession

L'obsession, par son contenu, est très voisine des phénomènes que nous avons étudiés. J'ai insisté déjà sur le caractère de *contraste* de ces phénomènes. J'ai dit comment du subconscient jaillissaient automatiquement idées, images, sentiments, actes, les plus contraires à la mentalité, à la moralité, aux intérêts du sujet ; n'est-ce pas là aussi le fait de l'obsession ?

Mais l'obsédé est un *anxieux*, il lutte contre l'envahisseur, le *dépossédé* assiste surpris et sans défense à l'invasion de son domaine psychique. Enfin l'obsédé *a le sentiment du caractère pathologique* du trouble, le *dépossédé* ne l'a point.

Je pense avec Georges Petit que les obsessions dépourvues de caractère affectif et interprétées, comme dues à une influence étrangère (Kræpelin, Wernicke, Morselli, Friedmann, Séglas, Pitres et Régis), comme l'*idée autochtone* de Wernicke, entrent dans le cadre de la dépossession.

L'obsédé demeure attaché à la vérité par la conscience qu'il a du caractère morbide de son obsession, que ce lien soit rompu et *dépossédé* ou *halluciné*, il pénètrera dans le domaine de l'erreur et presque sûrement deviendra un délirant.

Hallucinose

Selon qu'on lit tel ou tel auteur, l'hallucinose est comprise dans deux sens différents.

1° C'est un phénomène hallucinatoire dont le caractère pathologique est reconnu par le sujet. C'est donc une *obsession sans anxiété*. C'est le type de l'hallucination par lésions cérébrales : tumeurs cérébrales, par exemple.

2° C'est une hallucination que constate simplement le malade, sans l'interpréter, sans délirer.

D'après Clérambault, les éléments de ce que j'appelle *syndrome de dépossession,* fait important pour sa théorie, seraient primitivement du type de l'hallucinose, d'abord *neutres, athématiques,* voire *anidéiques.*

Hallucination

Bien que le mécanisme de l'hallucination soit probablement le même que celui des phénomènes en question, un élément capital les sépare : l'*extériorité* de l'hallucination.

Ce caractère a une importance pratique considérable.

L'hallucination *spatiale* (auditive et visuelle), seule envisagée ici, englobant les perceptions qui renseignent le sujet sur le monde extérieur, va créer *en dehors de lui* un monde imaginaire dont il percevra les maléfices. Les phénomènes du syndrome de dépossession n'intéressent que le *moi ;* leur atteinte, ainsi que l'a montré Séglas, va entraîner le sentiment de la désagrégation psychique. Tandis que l'hallucination va créer la *Psychose hallucinatoire* évocatrice d'une fantasmago·rie *extérieure,* le syndrome de dépossession est à la base d'une psychose spéciale que l'on pourrait appeler de *dépossession,* qui est la *Psychose d'influence.*

Les différents éléments que nous venons d'envisager ne sont pas tellement différents les uns des autres qu'ils ne puissent se transformer les uns dans les autres. Je vous ai montré le *Mentisme* intermédiaire en somme à la représentation mentale et à l'obsession, une première forme d'hallucinose voisine de l'obsession, quelques *phénomènes de dépossession,* calqués sur le deuxième type d'hallucinose; la transformation de l'hallucinose en hallucination est presque la règle; la transformation de l'obsession en *phénomènes de dépossession* et en hallucination est loin d'être exceptionnelle.

Séglas et Barat (1913) ont longuement insisté sur le passage successif, chez la même malade, de l'*hallucination vraie* à l'*hallucination psychique,* de celle-ci à la *représentation mentale* consciente *exagérée* (hyperendophasie).

Les mêmes auteurs, tout en insistant sur ces faits, reconnaissent qu'il n'y a pas « transformation graduelle, mais substitution d'une forme à une autre. S'il n'y a qu'une différence de degré entre l'hyperendophasie et le langage intérieur normal, il faut quelque chose de plus pour créer l'hallucination psycho-sensorielle ou psychique ».

Séglas croit à la rareté de la transformation de l'hallucination psychique et de l'endophasie en hallucination vraie. Le fait, dit-il, n'est d'ailleurs pas impossible.

« Des malades intelligents, a écrit Griesinger, nous disent aussi qu'au début c'est seulement quelque chose d'idéal, comme un esprit qui parle en eux, mais que ce n'est que plus tard qu'ils entendent réellement parler. »

Baillarger, Kandinsky apportent des observations analogues. Georges Petit aurait vu la transformation des représentations mentales en pseudo-hallucinations et de ces dernières en hallucinations.

Séglas, dans un cas de délire médiumnimique, a vu l'hallucination psychique se muer en hallucination psycho-sensorielle. Ce fait se rencontre fréquemment chez les aliénés spirites.

Je vous rappelle dès maintenant que classiquement et d'après Magnan, dans le « délire chronique », l'hallucination psycho-sensorielle serait *précoce*, l'hallucination psychique *tardive*.

TROISIÈME PARTIE

RELATIONS DU SYNDROME DE DÉPOSSESSION AVEC LA PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE ET LA PSYCHOSE D'INFLUENCE

La génération de psychiatres actuelle, qui compte nombre d'élèves et de disciples de Magnan, a accepté le schéma du maître divisant le délire de Lasègue-Falret, devenu le délire chronique, en quatre périodes : malaise ou interprétations, hallucinations, idées de grandeur, démence; schéma d'ailleurs rarement réalisé et qui ne nous intéresse que quant à ses deux premières périodes. L'interprétation, d'après Magnan, précède (nous verrons même qu'elle la conditionnerait) l'hallucination. Celle-ci est d'abord psycho-sensorielle, puis tardivement psychique. Le malade est un *délirant* avant d'être un *halluciné*.

Baillarger cependant avait écrit : « lorsque les hallucinations durent pendant longtemps, elles s'accompagnent presque

nécessairement de délire ». C'était donc reconnaître que le *délire est secondaire*. Plus loin : « Les hallucinations ont lieu chez des hommes qui n'ont jamais déliré. » « Quelquefois ce symptôme a lieu longtemps avant que le délire soit manifeste pour ceux qui vivent avec le malade. »

« Il faut donc rechercher la condition première du délire sous toutes ses formes, dans l'indépendance des facultés soustraites à l'action du pouvoir personnel. »

Et Esquirol avant lui : « L'hallucination persiste bien que le délire ait cessé et réciproquement. »

Voici des descriptions antérieures aux descriptions de Magnan, qui apprennent que l'hallucination peut être indépendante du délire et le précède généralement.

C'est mon maître Gilbert Ballet qui, dans ses entretiens au lit du malade à l'Hôtel-Dieu et à l'asile Ste-Anne et dans deux leçons 1912 et 1913, la deuxième seulement publiée, a le premier nettement formulé, à ma connaissance du moins, la théorie de l'*hallucination précédant le délire*. Je cite quelques phrases d'une leçon qui mériterait d'être entièrement reproduite ici.

« L'écho de la pensée me paraît être au point de vue psychologique un phénomène capital, dont les auteurs, qui tous l'ont signalé, n'ont pas, ce me semble, marqué suffisamment la signification et l'importance. Il témoigne, en effet, de la désagrégation de la personnalité qui, comme je l'ai dit, est le trait essentiel de la psychose hallucinatoire chronique et suffit à le différencier, par exemple, de la psychose interprétative chronique où la personnalité n'est pas atteinte.

On considère du point de vue symptomatique que ce sont les idées de persécution qui donnent à l'affection sa physionomie propre. J'estime que c'est une erreur. Il y a des psychoses hallucinatoires chroniques dans lesquelles les idées de persécution n'apparaissent que très tardivement. Il y en a peut-être où elles n'apparaissent jamais.

Les hallucinations ont une toute autre importance...

Mais les hallucinations supposent déjà que la personnalité est désagrégée, elles constituent une manifestation de cette désagrégation ; à tout prendre, elles ne se différencient pas, au fond, du phénomène de l'écho de la pensée dont je viens de vous parler.

Désagrégation de la personnalité et comme conséquence de cette désagrégation, phénomène de l'écho de la pensée et

hallucinations, voilà ce qu'on retrouve à la base de toute psychose hallucinatoire chronique, les idées délirantes de persécution et de grandeur, quelque fréquentes qu'elles soient, ne sont que secondaires et contingentes.

L'idée de persécution n'est qu'un phénomène psychologiquement secondaire dans la psychose hallucinatoire chronique.

On a dit qu'il existait déjà en puissance dès la première période de la maladie, la période d'inquiétude. C'est vrai dans la psychose interprétative chronique, c'est, je crois, moins vrai dans la psychose hallucinatoire.

Ici la première période de l'affection est caractérisée par un malaise qui correspond au début du processus de désagrégation : « Malaise intellectuel », dit Lasègue. — « Ces malades, dit justement Magnan, pourraient être pris pour des hypocondriaques. »

Ayant exposé l'opinion de mon Maître, je manquerais à un devoir de justice de ne point rappeler que Clérambault s'est fait le défenseur d'une théorie analogue qui le conduit à des déductions pathogéniques importantes.

Comme Gilbert Ballet, Clérambault, dans la Psychose hallucinatoire, met au premier plan la désagrégation psychique. C'est cette désagrégation qui correspond à la première période de malaise, d'inquiétude ou hypocondriaque, etc., de Magnan. C'est à cette période que rapidement va apparaître ce qu'il appelle *petit automatisme mental,* ou *syndrome de dissidence* ou d'*interférence* ou de *passivité* et qui est le *noyau* de la psychose. Ce noyau (*automatisme basal ou nucléaire*) est surtout composé des éléments suivants: les échos, les non-sens, les paresthésies de tout ordre, les phénomènes psycho-moteurs et les inhibitions de tous genres.

Le *petit automatisme mental,* syndrome de Clérambault, apparaît chez le sujet comme un accident parasitaire. Il n'a d'abord *aucun contenu thématique, affectif;* il n'est donc pas délirant. Il pourra chez un *non-prédisposé* demeurer à ce stade *hallucinosique.*

Quand le délire survient, il est une *superstructure,* quelque chose de surajouté résultant d'un des mécanismes suivants :

a) Prédispositions constitutionnelles :

1° imaginative, délire mégalomaniaque, mystique, etc.

2° dépressive, délire mélancolique, hypocondriaque, etc.

3° paranoïaque, une variété du délire de Magnan.

Ici la *première période peut être délirante,* le noyau basal est une *coïncidence.*

b) Réaction interprétative.

C'est un processus normal. L'interprétation est l'explication des phénomènes morbides.

c) Réaction d'agacement résultant des phénomènes qui réalisent souvent pour le patient un véritable supplice.

L'orientation du délire variera, vous l'avez vu, selon la constitution primitive, elle pourra aussi tenir à la *nature* des éléments jaillis du subconscient.

Un grand nombre de ces malades, satisfaits de leurs phénomènes morbides, vivent agréablement avec eux et ne deviennent jamais des persécutés.

⁂

La *psychose d'influence* de Séglas correspond à la forme la plus pure d'une Psychose de dépossession ; c'est le syndrome plus son interprétation. C'est la psychose hallucinatoire moins les hallucinations psycho-sensorielles spatiales. Je n'en dirai rien et renvoie aux thèses de Lévy-Darras et de Ceillier.

Conclusions

Les signes de la désagrégation psychique premières manifestations de la psychose d'influence sont également la base de la psychose hallucinatoire chronique. La nature particulière de chaque groupe de phénomènes (dépossession ou hallucination) explique la différence des psychoses. Dans les deux cas, le délire est secondaire, explicatif et le *roman délirant,* sans intérêt, varie surtout avec le fonds mental et les conditions extérieures.

QUATRIÈME PARTIE

PATHOGÉNIE DU SYNDROME DE DÉPOSSESSION

Cette étude est la partie la plus importante de ce rapport parce que la plus litigieuse. Les théories soulevées rappellent celles qui furent émises lors des célèbres discussions du siècle dernier sur la pathogénie des hallucinations. De ces dernières, je ne parlerai qu'incidemment, mais les questions, il faut l'avouer, sont communes.

Chaque fois qu'une discussion de pathogénie sépare les psychiatres, on peut être sûr de retrouver, sous des formes mises au goût du jour, les opinions qui opposèrent les *spiritualistes* aux *matérialistes*.

L'hallucination n'a pas échappé à cette règle et l'automatisme mental qui l'englobe d'ailleurs ne pouvait pas l'éviter.

Si bien que, sous quelque rubrique que l'on envisage les théories soutenues, avec les tempéraments qu'y apportent les conceptions modernes, c'est la vieille querelle d'idées qui renaît sous des formes nouvelles.

Les théories qui essaient d'expliquer les phénomènes d'automatisme mental peuvent donc être divisées en :

Théories psychologiques.

Théories organicistes.

Avant de les passer rapidement en revue une remarque s'impose.

Les *théories psychologiques* ont beau jeu, n'étudiant que des phénomènes de l'esprit, au moyen de déductions purement spirituelles, elles imposent aux faits les cadres de nos conceptions habituelles, elles n'*exigent aucune preuve* et de ce fait sont simples, peut-être trop simples. D'autre part, elles ne sont que des explications et rien de plus.

Les *théories organicistes* en prétendant être basées sur des notions anatomo-physiologiques précises *doivent apporter des preuves,* sans quoi elles ne sont pas.

Or, dans le conflit d'idées que révèlent les discussions sur l'automatisme mental, les psychologues apportent des théories intéressantes, séduisantes, mais qui, par définition, ne comportent pas de preuves ; les autres, à des théories non moins séduisantes, n'apportent encore aucune des preuves exigibles.

Théories psychologiques

Toutes sont inspirées de l'œuvre de Pierre Janet, vulgarisée par Grasset ; œuvre trop connue pour que j'y insiste.

La libération des divers automatismes se produit grâce au fléchissement de la conscience volontaire, grâce à la baisse de la tension psychique. Le polygone (Grasset) a envahi le centre défaillant.

C'est la même idée que reprend Séglas, cité d'après Ceillier. « Il constate que les symptômes moteurs (impulsions ou inhibitions) traduisent une atteinte profonde de la volonté. Il constate que les symptômes intellectuels sont justiciables d'un trouble de l'attention — qui n'est qu'une manière d'être de la volonté appliquée aux phénomènes d'idéation et ne font que mettre en lumière le fonctionnement défectueux de la *synthèse mentale,* qui est la base de toutes nos opérations intellectuelles, volontaires et conscientes. Il constate chez ses hallucinés moteurs un état de *désagrégation psychique* qui correspond à ces différents symptômes. »

Cette interprétation est certainement vraie, mais j'avoue qu'elle ne me donne pas entière satisfaction. Qu'il y ait un « fonctionnement défectueux de la synthèse mentale », cela ne fait de doute pour personne, mais pourquoi ce fonctionnement défectueux conduit-il quelques-uns au sentiment d'automatisme bien mis en relief par Séglas lui-même ?

Ceillier croit avoir trouvé une explication en faisant intervenir l'*affectivité.* Certains des états psychiques enfouis dans le subconscient ne nous ont pas intéressés et Ceillier de citer son année de service militaire. Ils reviendront donc à la conscience du malade comme sans intérêt pour lui, sans *appropriation* et de ce fait leur sembleront étrangers. « Ce n'est pas parce que certains phénomènes sont automatiques qu'ils sont neutres, mais c'est parce qu'ils sont neutres, incolores au point de vue affectif, qu'ils paraissent étrangers à la personnalité du malade. »

Cette *discordance affective* qui conditionnerait le caractère d'étrangeté pourrait d'après Ceillier être envisagée sous un angle opposé. Certains *sentiments passionnés* accidentels hors de proportion avec nos sentiments habituels, lorsque nous les évoquons plus tard nous font sourire et nous nous demandons comment nous avons pu nous y intéresser « et ils sont presque plus étrangers à leur aventure que l'écrivain qui se substitue à son héros imaginaire ».

Ce qui différencierait l'homme normal de l'obsédé ou de l'influencé, c'est « chez l'homme normal, discordance dans le temps, entre deux périodes de sa vie d'inégale ou de contraire tonalité affective. Chez l'obsédé ou l'influencé, discordance rapprochée ou simultanée entre deux états affectifs qui tendent à s'exclure. Discordance parfois entre deux états affectifs également conscients, et parfois entre deux états dont l'un est refoulé (car on ne peut vraiment pas parler d'état affectif inconscient) et dont l'autre domine la conscience... Le premier traduit souvent les tendances affectives profondes, l'autre une attitude voulue, une contrainte. Lutte entre ce que l'individu est et ce qu'il voudrait être. Lutte qui, chez certains, se traduit par le triomphe des tendances, chez d'autres, par le triomphe de la volonté, chez d'autres, par la lutte anxieuse et l'obsession, chez d'autres enfin, par le *reniement* d'un groupe de tendances et le sentiment d'automatisme ». Ceillier fait d'ailleurs intervenir aussi les troubles de la volonté.

Cette théorie est certes ingénieuse, mais je ne crois pas que ce soit encore là « une des clés du mystère ».

Par contre, quand Ceillier parle de *constitution spéciale*, je suis tout à fait d'accord avec lui ; je reviendrai sur ce point en terminant.

Le P[r] Claude, au cours de ses leçons et dans plusieurs articles, a insisté justement sur la relative rareté des hallucinations psycho-sensorielles qui doivent être détrônées au profit de l'Automatisme mental (hallucinations psychiques, psychomotrices, etc.). Cette opinion a été soutenue également par Mignard, par Quercy.

« Le plus souvent, l'hallucination n'est pas une perception sensorielle, mais la représentation mentale d'une perception sensorielle, sensitive ou d'un trouble cénesthésique qui ne répond pas à la réalité, mais est extériorisé, c'est-à-dire considéré comme le résultat d'une *action extérieure* étrangère au sujet.

« Dans une leçon du 11 décembre 1923, j'avais déjà exprimé les idées tendant à expliquer les phénomènes de prise de la pensée, d'écho de la pensée, d'influence physique, mécanique des perceptions extérieures.

« Tous ces faits me paraissent étroitement liés à des phénomènes d'automatisme mental, de verbigération intérieure, d'hyperendophasie (Séglas).

« C'est l'exagération du langage intérieur que tant de sujets

présentent sans s'en rendre compte quand ils « pensent tout haut ».

« Peu à peu, sous l'influence d'un processus imaginatif, interprétatif, apparaît une tendance à l'extériorisation de la pensée sous la forme sensorielle, cénesthésique... C'est ainsi que prend naissance le *syndrome d'action extérieure,* dont j'ai souvent parlé et qui me paraît le mieux caractériser ces divers troubles ».

Le syndrome d'*action extérieur* est certes une notion des plus intéressantes qui englobe dans une vue d'ensemble : Psychose hallucinatoire chronique, Psychose d'influence et Délire d'interprétation ; mais c'est une *interprétation relativement tardive.* L'hyperendophasie suffit-elle à servir de base à cette interprétation ? Je ne crois pas que l'*hyperendophasie* simple puisse être cette base. Il faut, en plus, la rupture du moi, la félure entre le moi conscient et la voix psychique désagrégée ; cette félure résulte-t-elle d'une simple interprétation sur une représentation mentale normale seulement accrue ?

Théories organicistes

Toutes ces théories ont pour caractère commun la croyance en un trouble cérébral organique direct ou indirect dont les manifestations psychiques de l'automatisme sont le résultat.

Je retiendrai quatre théories que je résumerai sans tenir compte de l'ordre chronologique :

a) Théorie de la pensée organique (Hesnard).
b) Théorie de la Subduction mentale morbide (Mignard).
c) Théorie de la cénestopathie dystonique (Guiraud).
d) Théorie de Clérambault.

La folie pensée organique (Hesnard 1921-1923)

Hesnard envisage la plupart des phénomènes névrosiques et psychosiques comme résultant de troubles humoraux agissant sur le système neuro-végétatif-cénesthésique. Ce système est la source de notre affectivité. Sa perturbation apportera donc un trouble profond de l'affectivité, sous forme d'afflux extra-physiologiques. Cette néo-affectivité se manifestera par des tendances, par des émotions qui tendent à s'*intellectualiser* le plus souvent sous la forme *symbolique.*

Cette théorie est certainement vraie quant à l'importance des facteurs cénesthésiques et affectifs, mais en l'espèce, elle ne me paraît pas expliquer assez nettement les problèmes qui nous occupent, et, en particulier, la notion de dépossession.

L'emprise organo-psychique, la subduction mentale (Mignard 1922-1925)

Mignard oppose à l'*auto-conduction* normale décrite avec Toulouse, où le sujet règle ses fonctions psychiques et les dirige, à la *subduction mentale morbide,* où les fonctions émancipées dirigent le psychisme. Selon l'heureuse expression de Guiraud « c'est en somme la dictature du prolétariat nerveux sur le psychisme qui devrait normalement commander ».

Il y a émancipation, d'après Mignard, de mécanismes neurologiques plus ou moins complexes : 1° Voies de la sensibilité intérieure régissant la cénesthésie ; 2° centres moteurs du langage ; 3° centres régulateurs des attitudes posturales, troublées dans leur activité en plus ou en moins. Ces libérations agissant comme « *inducteurs des troubles de la pensée* », provoquent l'état d'emprise, le sentiment d'influence:

Cette théorie séduisante aurait besoin d'être étayée par des preuves anatomiques. Combien de parkinsonniens, de trembleurs n'attribuent pas à autrui leurs infirmités.

La Cénestopathie dystonique (Guiraud 1925)

C'est une théorie histophysiologique. Les phénomènes psychologiques se passent dans des neurones réunis par des synapses, l'influx nerveux dans chaque neurone pourrait être mesuré par la *chronaxie* (Lapicque). La transmission n'est possible de neurone à neurone qu'à la condition que la chronaxie n'en soit pas très différente, le rapport de un à deux rend la transmission impossible.

L'excitation pathologique des neurones produit un état *cénesthésique pénible,* un état d'inquiétude subconscient, mais « si la chronaxie de ces neurones est diffrente de celle de l'ensemble des neurones terminaux (kinesthésiques et végétatifs), dont la synergie, l'activité syntone, produit l'impression continue du moi, il y aura défaut d'accord entre les neurones et, par conséquent, défaut d'intégration à la personnalité de la sensation pénible parasite, de l'inquiétude pathologique.

L'ensemble des neurones qui *donne le moi continu* ne reconnaîtra plus le ton des neurones discordants, véritable fausse note, de même qu'on ne reconnaît plus une voix enrouée qui a perdu son timbre familier ».

La théorie de M. Guiraud a cela de commun avec les théories psychogènes qu'elle ne saurait être démontrée, elle se rapproche, comme nous le verrons, par certains côtés, de la théorie de Clérambault.

Théorie de Clérambault

Le point de départ de cette originale théorie est une constatation clinique sur laquelle j'ai insisté déjà : *la précocité des phénomènes de désagrégation dans l'évolution des psychoses dites hallucinatoires.* Ce n'est donc pas l'idée délirante qui crée les phénomènes dits hallucinatoires (j'entends par là l'ensemble de l'automatisme), mais ces phénomènes qui induisent le délire. Il n'est donc pas illogique d'admettre que les symptômes premiers en date *peuvent avoir* une origine organique.

L'écho de la pensée pour Clérambault se présente comme un phénomène neurologique, comme une *double sensation.* J'ai dit mon sentiment sur le caractère et la fréquence de cet écho.

Le caractère *anidéique, athématique* et *neutre* de certains éléments précoces indiquerait que ces éléments sont jetés comme au hasard dans la conscience du sujet, obéissant à ce déterminisme aveugle que représentent les processus organiques.

La théorie de Clérambault n'est pas entièrement contenue dans ses écrits « n'est pas seulement écrite en caractères d'imprimerie », il la développe volontiers aux assistants de ses examens et de ses leçons. Je crois que cette pensée n'a pas été suffisamment comprise par certains de ceux qui l'ont combattue.

J'ai cru devoir en demander l'exposé succinct à mon ami Heuyer qui est un des protagonistes des idées de Clérambault. Je le remercie du texte qu'il a bien voulu me remettre et que je reproduis *in-extenso.*

« L'A. M. est une *séquelle lointaine d'infections aiguës oubliées* ou même passées inaperçues : diphtérie, fièvre typhoïde, encéphalite épidémique, grippe, troubles puerpé-

raux, syphilis ayant évolué sans P. G. et sans foyers. Il peut être aussi le résultat d'une intoxication chronique, soit exogène (alcool, café), soit endogène (troubles endocriniens, spécialement basedowisme, ménopause naturelle ou chirurgicale). Le traumatisme même peut être soupçonné dans certains cas.

« Le processus hallucinatoire est une séquelle tardive et subtile, résultat d'électivités insidieuses et systématiques. L'attaque subie par les cellules est *subtile* et *systématique* parce qu'elles sont frappées à un âge avancé et après une longue période préparatoire. Les cellules nerveuses se défendent d'autant mieux que l'organisme est plus âgé (Loi de l'âge).

« Les cellules nerveuses se défendent d'autant plus complètement que l'attaque à repousser est plus lente (Loi de la Massivité). La période de latence entre l'infection et la psychose est, avec l'âge et indépendamment de l'âge, un facteur de systématisation (Loi de la latence). Rapidité d'invasion et massivité vont de pair.

« La vulnérabilité d'une cellule est fonction :

« 1° de sa valeur hiérarchique ;

« 2° de causes structurales contingentes sans liaison avec sa fonction : rapports de voisinage, situation due au développement embryologique, vascularisation spéciale, quelquefois simple coudure vasculaire.

« *A quel étage* siègent les systèmes affectés par l'automatisme ? Aucune région ne semble devoir actuellement être exclue. Des hallucinations psycho-motrices verbales chez des P. G. ont eu pour origine une lésion du pied de F_3 (Sérieux). Des troubles sensitifs peuvent siéger dans les couches optiques (Ritti), des troubles moteurs dans le corps strié. Chez des trépanés, l'électrisation rolandique a pu produire l'illusion des mouvements entièrement volontaires (Cushing).

« Les localisations anatomiques sont peut-être grossières. Peut-être y a-t-il seulement *altérations qualitatives de cellules et tractus multiples* avec *troubles de transmission* (diminution du nombre des transmissions, manques et détours dans la série des transmissions).

« *La solidarité du triple automatisme :* moteur, sensitif et idéo-verbal, s'explique sans doute par des identités structurales constituant des causes communes d'appel, l'identité des structures due à l'équivalence des fonctions et à l'égalité des grades, engendre une réceptivité commune. Mais la même structure peut se rencontrer fortuitement dans des neurones

très différents par la fonction et le grade. De plus, la réceptivité commune peut exister pour tel réactif et point pour tel autre. Les toxiques font une sélection d'imprégnations histologiques que d'autres ne font pas (Exemple : les sensations ponctiformes du tact et de la vision provoquées par la cocaïne et le chloral). Enfin la simple contiguité entre deux tractus peut expliquer la solidarité morbide en cas de trouble vasculaire et autre. Donc explication par :

« 1° identité structurale logique ; 2° identité fortuite ; 3° trouble vasculaire ou autre. L'association des hallucinations s'explique par des causes organiques et non par l'idéogenèse ».

CRITIQUE

La critique de la théorie de Clérambault vient d'être faite par Ceillier. Je ne reprendrai pas tous ses arguments ; un certain nombre ont été soutenus depuis longtemps par différents auteurs et par moi-même, ces arguments, je les envisagerai plus loin ; quelques-unes des critiques de Ceillier ne me paraissent pas fondées parce que portant sur des opinions qui ne résultent pas nettement de la lecture des publications critiquées et qui en tout cas n'ont jamais été defendues, oralement par Clérambault.

J'ai le sentiment, j'ai peut-être à mon tour mal compris mon collègue, que Ceillier fait dire à Clérambault que la lésion *élabore* la pensée ; à Heuyer que le cerveau malade *crée* de la pensée et cela d'une façon *purement mécanique.*

La phrase « Le Cerveau moud de la pensée », que je trouve très heureuse quant à moi, répond à cette critique injustifiée; je ne sache pas que le moulin produise de la farine si on ne l'a pas entretenu en blé. Le cerveau est imprégné de pensée, la lésion qui l'atteint ne peut se traduire que par des pensées qu'elle libère comme la mouture libère la farine de la cuticule du blé.

L'expression syndrome *basal* ou *nucléaire* ne signifie pas dans la pensée de Clérambault que les phénomènes sont localisés dans les *noyaux de la base,* mais que le syndrome est à la base du délire, qu'il est le noyau autour duquel le délire cristallisera. Clérambault ne rejette pas d'ailleurs la localisation possible des lésions dans le mésocéphale. Est-ce là parler d'un *double cerveau ?* L'encéphalite épidémique ne nous

a-t-elle pas appris que tous les troubles psychiques ne sont pas corticaux (recherches et articles de Jean Camus, leçon inédite du Pr Claude, observations de Claude et Quercy, Naville, Chiray et Lafourcade, etc.).

La critique de ces critiques exécutée, je suis plus à l'aise pour critiquer à mon tour une théorie à laquelle le plus gros reproche que l'on peut faire, c'est que le terrain sur lequel elle se place exige des preuves et que ces preuves elle ne les a pas encore apportées.

Les éléments qui servent de base à la théorie ne me donnent pas entière satisfaction.

J'ai dit mon opinion sur la rareté relative de l'écho *réel* de la pensée, je ne puis le concevoir comme un signe neurologique.

Les éléments anidéiques, athématiques et neutres ne sont pas des preuves irréfutables de l'existence de lésions. A l'état physiologique, ils sont constants, nous sommes surpris par des mots, des phrases indifférentes qui nous viennent à l'esprit ; toute la distraction, les actes manqués, etc., sont la démonstration de cette opinion.

La combinaison des hallucinations, en dehors d'un processus intellectuel et affectif (*finalité interne* de Séglas), par un processus purement organique, attend sa démonstration.

Certaines constatations sont, à mon sens, des arguments contre les théories organicistes, je les ai moi-même développées dans mes leçons à l'asile Sainte-Anne (clinique du Pr Claude) : mars, novembre, décembre 1926.

Ce sont :

1° l'identité de l'automatisme mental normal et du pathologique ;

2° l'identité et, en tout cas, la transformation de l'automatisme sub-normal en automatisme pathologique;

3° le passage de l'obsession à la dépossession, des états dits psychasthéniques aux psychoses d'influence.

1° Identité de l'automatisme mental et du pathologique

Cette notion n'a pas besoin d'être développée. Les éléments de l'automatisme mental pathologique sont empruntés à l'automatisme physiologique ; mais elle n'est pas la condamna-

tion absolue d'un certain organicisme, admis comme nous le verrons par tous ; la lésion peut parfaitement agir sur les centres pour déclancher un automatisme qui n'est pathologique que parce qu'insolite.

2° Identité et en tout cas transformation de l'automatisme sub-normal en automatisme pathologique

Les phénomènes sub-normaux de Pierre Janet, de Grasset comprennent un certain nombre de faits sur lesquels je ne veux pas insister ici : cumberlandisme, cristallomancie, *spiritisme* et qui indiquent une *tendance congénitale à la désagrégation.* Il s'agit probablement dans ces cas de pithiatisme. Ainsi que je l'ai indiqué, l'*automatisme pithiatique* mérite une place particulière ; c'est un *automatisme subconscient* mais c'est de l'automatisme quand même ; or, jusqu'à ces derniers temps le pithiatisme a été considéré comme de nature purement fonctionnelle.

Après de nombreux auteurs, j'ai montré dans diverses publications, faites en partie sous la direction de Gilbert Ballet, que les manifestations dites sub-normales qui constituent la « *transe* » passagère du spirite, peuvent en quelque sorte se cristalliser pour devenir de l'automatisme pathologique durable.

C'est là, à mon sens, un argument important auquel d'ailleurs Clérambault ne s'arrête pas, ne consacrant incidemment que quelques mots à ces faits.

Heuyer ne paraît plus admettre le caractère *fonctionnel* du pithiatisme:

« De la période où l'on étudiait l'hystérie, où l'on décrivait les folies hystériques, il reste le souvenir d'une réthorique éloquente et d'une littérature pittoresque. L'encéphalite épidémique a fait plus en deux ans pour rétrécir le domaine trop cultivé de l'hystérie que les discussions interminables entre l'Ecole de la Salpêtrière et l'Ecole de Nancy. » Quelque intéressants que soient les travaux auxquels fait allusion mon ami Heuyer, on ne peut encore affirmer que toutes les manifestations hystériques sont d'origine organique.

3° Passage de l'obsession à la dépossession

Les cas de cet ordre sont déjà nombreux, je ne veux pas les rappeler. J'ai consacré, l'an dernier, une leçon à ce sujet. L'argument me paraît important contre la thèse organiciste.

Où l'on admet que l'obsession, elle aussi, est organique, ce qui paraît un peu gros, où l'on est obligé de conclure, comme le fit Heuyer, dans un cas, que pour passer de l'obsession à l'idée d'influence, il a fallu un élément organique surajouté ; mais cela il faudrait d'abord le démontrer.

Ce que nous demandons aux théories organicistes, c'est de nous apporter des preuves anatomiques; jusqu'à présent, elles ne l'ont point fait. Y parviendront-elles un jour ? Le nier *a priori* me paraît anti-scientifique ; mais il faut bien avouer que, jusqu'à ce jour, dans cet ordre d'idées, ses protagonistes n'ont encore rien apporté de probant.

Les organicistes, en réalité, basent leur argumentation sur des *analogies*. C'est un mode de raisonnement qui n'*est pas sans valeur*.

Heuyer cite quelques cas d'épilepsie et de nombreux cas de tumeurs cérébrales. Dans ces cas, il s'agit, le plus souvent, d'hallucinations psycho-sensorielles et souvent de simples hallucinoses. Ces faits, connus depuis longtemps, n'entraînent pas la conviction dans le sens où le voudrait Heuyer.

L'automatisme mental des maniaques, des mélancoliques, n'est pas plus probant. Il faudrait prouver d'abord que la manie-mélancolique dépend de facteurs organiques.

Quant à l'alcoolisme, son rôle a-t-il été *déterminant* dans les cas d'Automatisme mental transitoire des alcooliques ? L'alcool n'agit-il pas sur des prédisposés ?

La syphilis serait le plus puissant des arguments si l'on pouvait invoquer l'action thérapeutique. Certes, les cas sont nombreux où il y a *coïncidence* de syphilis et d'automatisme mental, mais la syphilis n'est pas une rareté, l'automatisme non plus. Les cas où les symptômes ont paru régresser sous l'influence des traitements sont rares et non absolument démonstratifs (un cas intéressant d'Heuyer).

D'ailleurs, quand bien même il y aurait action évidente du facteur organique, cela ne signifierait pas que ce facteur a eu une action déterminante *élective* sur les symptômes envisagés.

Au cours d'une leçon sur « syphilis et automatisme mental », faite en janvier dernier, je disais : « L'action de la

lésion peut parfaitement être indirecte, faisant baisser la tension psychologique au sens de Janet, libérant de ce fait les éléments de l'automatisme. »

Une opinion voisine est formulée par Ceillier dans les termes suivants :

« Elles (les causes organiques) agiraient alors, selon moi, beaucoup moins par l'exaltation de l'automatisme que par la gêne apportée à la coordination psychique, donc la conséquence est la tendance à la désappropriation personnelle. Or, il est certain que des troubles psychologiques transitoires peuvent altérer cette fonction de coordination psychique qui apparaît comme délicate, fragile et particulièrement vulnérable. »

Les deux observations si intéressantes du Pr Claude où, au cours de l'hypertension intracranienne, on voit les phénomènes hallucinatoires disparaître plusieurs fois sous l'influence de la rachicenthèse, peuvent s'interpréter de la même façon : « l'automatisme mental mis en branle par l'hypertension intracranienne existait à l'état latent. Il était prêt à se manifester depuis longtemps par suite d'un *refoulement affectif de date ancienne* ».

Conclusions pathogéniques

En résumé, les *théories psychologiques* ne comportent pas de preuves, les théories organicistes n'en ont pas apporté d'éclatantes.

Un facteur dont je n'ai pas encore parlé et qu'il convient de rappeler ici pourra peut-être concilier en partie les opinions : la *prédisposition.*

Je crois que ne fait pas qui veut des hallucinations, des phénomènes légitimes d'automatisme mental. Il faut pour cela une *constitution particulière* que peuvent favoriser certaines pratiques.

En 1910, dans mon article : *Spiritisme et folie,* j'indiquais comme méthode prophylactique : « Lutter contre la tendance à l'automatisme ». Cette tendance, je l'ai placée, avec le Pr Claude (maladies du système nerveux, article psycho-névroses) à la base de toutes les manifestations ressortissant à l'automatisme. Dans mon *Précis de Psychiatrie* (1926), je décris un groupe de constitutions automatiques ou par désagrégation mentale.

« A ce groupe participent tous ceux chez lesquels le subconscient intervient avec une intensité particulière, les distraits, les rêveurs, les imaginatifs, les individus à représentations vives objectivées, presque hallucinatoires et aussi un certain nombre d'impulsifs. »

Ceillier développe une idée sensiblement analogue : « Certains sujets me paraissent prédisposés en vertu d'une constitution spéciale dont on trouverait les éléments dans une certaine débilité de l'intelligence et surtout de la volonté ; dans une grande suggestibilité, dans un besoin de direction et accessoirement dans un certain éréthisme de l'imagination reproductive. »

Certaines situations, certaines pratiques, ai-je dit, sont susceptibles, chez des prédisposés, de déclancher l'automatisme mental ; je ne reviendrai pas sur le *spiritisme*.

Cette notion, d'ailleurs, les anciens auteurs la possédaient parfaitement.

« Les hallucinations peuvent être encore des effets de la répétition volontaire ou forcée des mêmes mouvements du cerveau souvent et incessamment répétés pour acquérir quelques connaissances ou pour approfondir quelque sujet, comme on en trouve beaucoup d'exemples dans la vie des hommes contemplatifs » (Esquirol).

La *prédisposition* me paraît donc indéniable et, contrairement à Magnan, je crois, avec Gilbert Ballet, que les malades qui nous occupent ont souvent une hérédité chargée que l'on dépisterait par des enquêtes minutieuses.

J'ai trouvé une hérédité anormale chez deux des malades où l'automatisme semblait de nature syphilitique : deux sœurs internées, dans l'observation de Laignel-Lavastine et Pierre Kahn, un père interné (il est vrai pour alcoolisme) dans l'observation de Heuyer et Sizaret.

Chez ces mêmes organiques, j'ai rencontré parfois dans le passé des éléments d'ordre vésanique. Sur les trois malades *dépossédés* présentés à ma leçon précitée et qui étaient porteurs de symptômes de syphilis cérébrale, l'un d'eux « fréquentait autrefois un hypnotiseur et faisait de l'hypnotisme sur sa femme ». Un autre, en 1914, sous l'influence de la fatigue de la guerre, entendit *en lui-même* la voix d'un uhlan qui lui criait : charge, charge.

Une constitution spéciale pouvant être révélée par des facteurs d'ordre psychologique me paraît une opinion défendable.

Les théories sont-elles d'ailleurs si opposées ? Oui, si on les prend dans leurs extrêmes acceptions ; non, si l'on fait état des concessions que leurs protagonistes sont obligés de consentir. Les organicistes, en effet, admettent avec Clérambault que le trouble qui conditionne l'automatisme mental peut être de nature dynamique.

D'autre part, parmi les défenseurs des théories psychogènes, aucun, même le plus spiritualiste, ne soutiendra l'indépendance de l'âme et du corps. Même si l'on n'admet pas que le *cerveau moud des idées,* ou qu'il sécrète la pensée comme le foie la bile, on ne songera pas à nier que la cellule cérébrale intervient dans le mécanisme de la pensée.

Ce n'était pas que je sache un matérialiste celui qui écrivait : « Il arrive quelquefois dans les personnes qui ont les esprits animaux fort agités par des jeûnes, par des veilles, par quelque fièvre chaude ou par quelque passion violente, que ces esprits remuent les fibres intérieures de leur cerveau avec autant de force que les objets extérieurs, de sorte que ces personnes sentent ce qu'elles ne devraient qu'imaginer » (Malebranche).

La cellule cérébrale est indispensable au mécanisme de la pensée et toute théorie idéogène est avant tout une *théorie cellulaire.*

Je sais bien que Ceillier cite un nombre impressionnant de psychologues qui admettent la « pensée sans images », c'est là un domaine qui ne m'est point familier et sur lequel je ne le suivrai pas, préférant demeurer sur un terrain plus solide, pour moi du moins. Jusqu'à preuve du contraire (?), j'admets qu'il y a des images et des cellules pour les contenir, — ce qui ne veut pas dire que toute pensée consiste seulement à « contempler des images ».

L'un de ceux-là même que les partisans des théories psychogènes revendiquent comme leur appartenant, Magnan, s'il fait, comme on l'a dit, dériver l'hallucination de l'idée, parle lui aussi un langage *physiologique ;* acceptant les théories de Tamburini, il conclut : « L'hallucination a pour siège le centre perceptif cortical, elle est causée par un état d'excitation, une sorte d'éréthisme de ce centre, quand cet éréthisme est suffisant, la décharge a lieu, l'image tonale surgit comme si elle était provoquée par une impression périphérique et elle retentit sur les centres supérieurs avec tous les caractères des sensations normales. D'autres fois, c'est la région antérieure

qui finit par éveiller, dans le centre perceptif, l'hallucination ; c'est en sens inverse que se produit alors le phénomène et *une pensée tenace continue toujours, la même exerce à son tour une action puissante sur le centre cortical et appelle l'image ; celle-ci surgit enfin, mais son apparition est alors secondaire.* »

La même idée est exprimée plus loin :

« Puis l'idée constante d'une persécution, la tension incessante de l'intelligence finissent par éveiller le signe représentatif de la pensée, l'image tonale, c'est-à-dire le mot, l'hallucination auditive se produit, la barrière est alors franchie et le malade entre dans la seconde phase. »

Si l'on prend ce texte à la lettre, c'est l'idée qui crée l'hallucination. Cela ne satisfait point l'esprit. Mais si l'on admet une *prédisposition tératologique cellulaire* (1), rien de surprenant de voir « la tension incessante » exagérer ou révéler cet état anormal ; bien plus, « l'idée constante d'une persécution », grâce aux facteurs émotifs qu'elle met en jeu, peut parfaitement troubler le *dynamisme cellulaire* dans le sens de la désagrégation.

Nous pouvons imaginer, à l'état normal, la pensée sous toutes ses modalités contenue dans la cellule où va la puiser la volonté consciente. Dans certains états physiologiques comme le rêve, elle s'évade spontanément.

Chez quelques prédisposés, imaginatifs, rêveurs, elle fuit plus aisément encore et la Muse du poète n'est en somme qu'un automatisme d'imagination.

De ces états physiologiques exceptionnels aux états sub ou supra-normaux, mystiques, spirites, etc., y a-t-il autre chose que des facteurs quantitatifs ? Je ne le crois point. Entre les supra-normaux et les dépossédés, la transformation est un fait tangible.

Je ne dirai donc pas que l'hallucination psychique est une hyperendophasie seulement interprétée, mais l'interprétation d'une hyperendophasie anormale *quantitativement* et *qualitativement* parce qu'évadée anormalement de cellules tératologiques.

Voici donc une cellule qui a été *labilisée, perméabilisée* par l'*hérédité,* rendue plus labile, plus perméable par certains fac-

(1) Cette expression n'est, dans ma pensée, que la traduction en langage histologique de la conception d'une *constitution automatique*.

teurs psychologiques (contemplation, mysticisme, spiritisme, etc.). Cette cellule va selon les circonstances être à la base de certaines mentalités normales, sub-normales ou pathologiques.

Une émotion, un facteur toxi-infectieux seront susceptibles de déclancher les manifestations latentes dans la cellule ; mais je ne vois aucune impossibilité d'admettre que les mêmes facteurs soient capables de créer un état tératologique, une *constitution acquise.*

N'avons-nous pas en pathologie médicale des faits analogues ?

L'albuminurie minima peut résulter d'une débilité rénale héréditaire et être séquelle de scarlatine.

L'hématie congénitalement fragile dans l'ictère hémolytique congénital, n'est-elle pas fragilisée dans l'ictère hémolytique acquis ?

Si la cellule rénale et le globule sanguin sont perméables anormalement à l'albumine et à l'hémoglobine, grâce à des facteurs tératologiques ou acquis, pourquoi ne pas envisager pareilles hypothèses pour la cellule cérébrale et les processus psychiques ?

Le Professeur Claude, dont les efforts depuis de nombreuses années tendent à orienter la psychiatrie dans une voie biologique, bien que défendant une théorie idéogène, parce que les arguments des organicistes lui semblent hâtifs et non démonstratifs, n'est pas éloigné de nous, dans cette pensée qu'il exprime et qui sera la terminaison logique de ce rapport :

« Cet automatisme peut être favorisé, provoqué même par certains états organiques ou certaines modifications biologiques des centres nerveux, permanentes ou transitoires. Il peut exister également sans qu'on puisse trouver une cause organique provocatrice, l'élément affectif restant au premier plan. »

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

1° L'automatisme mental occupe une place considérable en pathologie mentale, que l'on considère l'automatisme mental inconscient, subconscient ou conscient.

2° L'automatisme mental conscient comprend deux catégories de faits assez voisins :

a) les uns avec conscience de l'état morbide : *Obsessions ;*

b) les autres sans conscience de l'état morbide : *Syndrome de dépossession.*

3° Le syndrome de dépossession est essentiellement caractérisé par le sentiment de la dépossession (sentiment de l'automatisme de Séglas) sur lequel se greffent des symptômes directs et indirects.

4° Le syndrome de dépossession est la base sur laquelle s'édifieront les délires, en particulier les délires d'influence.

5° La psychose hallucinatoire n'est pas la *conséquence* d'interprétations délirantes (période de malaise de Magnan), les phénomènes hallucinatoires sont primitifs, le délire est explicatif. La première période de Magnan est une période de désagrégation chez un paranoïaque.

6° Les théories psychologiques de l'automatisme mental ne sont pas contrôlables, elles ne donnent pas à l'esprit une entière satisfaction.

7° Les théories organicistes n'ont pas fait leurs preuves. Elles sont en opposition avec l'identité des phénomènes d'automatisme à l'état normal et à l'état pathologique, le passage des troubles dits sub-normaux aux troubles nettement pathologiques, la transformation de l'obsession en idée d'influence.

8° Il y a lieu de considérer pour toutes les manifestations de l'automatisme mental des prédispositions, peut-être une constitution mentale particulière.

9° Cette constitution peut voir ses manifestations facilitées, révélées par certaines habitudes mentales, par l'émotion, par quelques toxi-infections.

10° Il n'est pas impossible d'accepter qu'une constitution acquise analogue résulte de processus organiques, de lésions infectieuses en particulier.

Cahors, Imprimerie COUESLANT *(personnel intéressé)*. — 34.424